# Granice szaleństwa – granice kultury



**2 authors:**


Adam Anczyk
Akademia Ignatianum w Krakowie



Halina Grzymała-Moszczyńska
Jagiellonian universirt

# GRANICE SZALEŃSTWA - GRANICE KULTURY

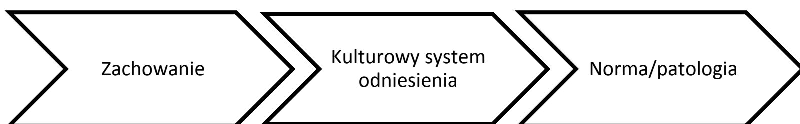
ADAM ANCZYK*
HALINA GRZYMAŁA-MOSZCZYŃSKA**

W niniejszym artykule stanowiącym wprowadzenie do książki podejmującej problematykę relacji pomiędzy religią a zdrowiem psychicznym chcielibyśmy poczynić kilka uwag wstępnych na temat kulturowych uwarunkowań kategorii zdrowia psychicznego. Owa kategoria w zasadzie z definicji jest wieloznaczna: w klasycznej, psychiatrycznej (zwanej inaczej negatywną, sądową czy minimalistyczną) definicji, zdrowie psychiczne pojmuje się jako brak symptomów choroby psychicznej, z drugiej strony w psychologii funkcjonują również definicje odmienne, na przykład maksymalistyczna definicja zdrowia (zdrowie pojmowane jako stan, w którym jednostka jest zdolna do twórczego rozwoju oraz w którym osiąga pełnię aktualizacji wszystkich swoich możliwości; czasami używa się jej w tym kontekście do określenia poziomu dobrostanu psychicznego),

* Instytut Religioznawstwa, Uniwersytet Jagielloński; Pracownia Metodologii Nauk IMPiZŚ.
** Instytut Religioznawstwa, Uniwersytet Jagielloński.

czy definicje podkreślające inne aspekty stanu „zdrowia psychicznego" na który mogą składać się integralność osobowości, zdolność do włączania do systemu poznawczego nowych danych, poczucie świadomego kierowania własnym życiem, etc. (Grzymała-Moszczyńska, 2004, s. 175-176). Na użytek praktyki terapeutycznej i medycznej zwykle stosuje się najprostszą definicję, uznającą zdrowie za brak choroby.

W materii definiowania kategorii zdrowia psychicznego bardzo ważną rolę odgrywa kultura – sam proces ustalania czy dana jednostka jest chora psychicznie zaczyna się od kulturowego systemu odniesienia, w którym mieści się wzorzec zarówno osoby chorej jak i zdrowej. Zbiór treści kulturowych determinuje zaklasyfikowanie danego zachowania do grupy zachowań normalnych, bądź patologicznych:




W przypadku systemu opieki zdrowotnej kulturowy system odniesienia stanowią międzynarodowe klasyfikacje chorób, przede wszystkim ICD-10 (poprawiony indeks czyli ICD-11 ma zostać ogłoszony przez World Health Organization w 2015 r.) oraz skoncentrowana na zaburzeniach psychicznych, wprowadzona w trakcie majowego zjazdu American Psychological Association w 2013 roku piąta edycja Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Jeżeli dane zachowanie bądź zespół zachowań nie wyczerpuje definicji zawartej w wytycznych klasyfikacji, to nie są one uznawane za zaburzenie psychiczne i odwrotnie, jeśli spełnione są wszystkie kryteria diagnostyczne, to psychiatra jest upoważniony do wystawienia diagnozy wskazującej na zaburzenie, mimo, że pacjent nieko-

nicznie uznaje swoje zachowanie za patologiczne. Podłożem formułowania klasyfikacji i spisów chorób jest przede wszystkim aktualny stan wiedzy medycznej, ale również normy i standardy kulturowe obowiązujące w cywilizacji zachodniej. Według modelu CIMH (*Cultural Influences on Mental Health*), zaproponowanego przez Hwanga i współpracowników (Hwang, Myers, Abe-Kim, & Ting, 2008, s. 212), kultura wpływa na nasze rozumienie pojęcia zdrowia i patologii psychicznej nie tylko na poziomie identyfikacji danego zachowania jako patologicznego, lecz też na każdym z dalszych etapów – ustalania etiologii zaburzenia, objawów, sposobów poszukiwania pomocy i rodzajów oczekiwanego wsparcia oraz na sam proces terapeutyczny, który jest rezultatem rozpoznania choroby. Jeżeli faktycznie kultura istotnie wpływa na ustalanie granic szaleństwa, to biorąc pod uwagę zróżnicowanie kulturowe na świecie, można dojść do wniosku, że to samo zachowanie może w zależności od środowiska kulturowego w którym się przejawia, być klasyfikowane w różny sposób, raz jako patologia, a raz jako norma. Jako przykłady niejednoznacznych rozstrzygnięć w tym zakresie omówimy przypadki trzech rodzajów symptomów: omamów słuchowych, zachowań transowych oraz opętań.

## GŁOSY W MOJEJ GŁOWIE

Międzynarodowa klasyfikacja chorób ICD-10 precyzuje, że jednym z objawów schizofrenii (F-20) czy też grupy zaburzeń o charakterze psychotycznym (F20-29, schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe) są omamy słuchowe, które często przybierają postać tzw. głosów komentujących. Chory na schizofrenię słyszy głosy, które komentują aktualne wydarzenia, dają im rady (czasem wręcz zmuszają do podjęcia określonych

działań), mogą też angażować się w dialog. Z reguły chorzy uważają, że istnieje zewnętrzne źródło owych głosów, twierdzą, że istnieje osoba bądź osoby, którzy przemawiają do nich w takiej właśnie formie. Omamy słuchowe czasem współwystępują z halucynacjami lub też mogą prowadzić do urojeń wzrokowych (Rubin, Springer, & Trawver, 2010, s. 170) – schizofrenicy mogą nie tylko słyszeć, ale również widzieć osoby, których nie dostrzegają inni. Jak do tej pory, etiopatogeneza zaburzenia nie jest do końca poznana, szacuje się, że ok. 0,5% - 1% populacji cierpi z jego powodu (Goldner, Hsu, Waraich, & Somers, 2002). Leki neuroleptyczne, używane w terapii schizofrenii niwelują objawy choroby, uciszają głosy, tym samym umożliwiają choremu funkcjonowanie w otaczającej go rzeczywistości kulturowej na podobnych zasadach jak osoba nie cierpiąca na to zaburzenie. Istnieją jednak kultury, w których słyszenie głosów, nie tylko nie jest pojmowane w kategoriach patologicznych, lecz wręcz przeciwnie – owa „dolegliwość" sprzyja uzyskaniu uprzywilejowanej pozycji społecznej.

W przeważającej większości tradycji religijnych przyjmowane jest przekonanie o istnieniu świata duchowego, niewidocznego i niedostępnego dla większości ludzi, jednakże realnego. Ów świat może być rozumiany jako odrębny wymiar, funkcjonujący poza granicami świata materii, częstokroć posiadający charakter eschatologiczny, gdyż trafić do niego można dopiero po śmierci np. chrześcijańskie Niebo, którego „ani oko nie widziało, ani ucho nie słyszało, ani serce człowieka nie zdołało pojąć, jak wielkie rzeczy przygotował Bóg tym, którzy Go miłują" (1 Kor, 2-9). Niektóre tradycje religijne czy duchowe głoszą przekonania, że istnieje również taki wymiar duchowy, który jest równoległy do fizycznego. Zamieszkiwany jest on przez specyficzne stworzenia, które mogą być zaklasyfikowane do zbiorczej kategorii „istot nadnaturalnych" lub innymi słowy – „duchów". Je-

dynie wybrane osoby mają dostęp do takiego świata, dzięki specyficznym zdolnościom poznawczym, wykraczającym poza postrzeganie codziennej rzeczywistości. Dostęp do tego świata może być wolicjonalny – za pośrednictwem odpowiednich czynności rytualnych czy praktyk duchowych, lub też bardziej spontaniczny, kiedy to istoty zamieszkujące zaświaty same zdecydują się na kontakt z człowiekiem. W teoriach ezoterycznych (np. w teozofii) owa rzeczywistość nazywana jest czasami „planem astralnym". Wiara w świat równoległy pojmowany w takich kategoriach sięga prawdopodobnie czasów starożytnych, szczególnie filozofii neoplatoników, hermetystów oraz gnostyków. W kulturze zachodniej z reguły świat duchowy pojmowany jest jako odrębna, niematerialna (bądź zbudowana z bardziej subtelnej materii) rzeczywistość. Odpowiada to dualistycznej antropologii religijnej, podziału człowieka na element fizyczny (ciało) oraz duchowy (dusza). Każdorazowy kontakt ze światem duchowym jest przeżyciem niecodziennym, jest zetknięciem się z nadnaturalną sferą istnienia, przez co, jak pisał Rudolf Otto, fascynuje i jednocześnie przeraża (Otto, 1999, s. 17, 43.).

Spróbujmy podsumować przedstawione powyżej koncepcje religijne, które obecne są w naszym kręgu kulturowym: istnieje świat nadprzyrodzony zamieszkiwany przez specyficzne istoty, owe istoty mają możliwość oddziaływania na naszą rzeczywistość, charakter oddziaływania jest zaś najczęściej zgodny z naturą istoty – dobre istoty pomagają, zaś złe szkodzą. Następnie umieśćmy w tym kontekście osobę słyszącą głosy komentujące. Jeżeli taka osoba urodziłaby się w otoczeniu niemającym dostępu do przytoczonej uprzednio wiedzy psychologicznej, to z dużą dozą prawdopodobieństwa mogłaby być uznana za słyszącą głosy pochodzące „nie z tego świata". Symptom (głosy) zostaje zinterpretowany przez kulturowy system odniesienia – osoba słyszy głos Boga, świętych, aniołów, lub też

– o wiele częściej – demonów. Tradycję chrześcijańską cechuje dosyć duży stopień ekskluzywizmu w materii dostępu do najwyższej formy nadprzyrodzoności – Boga, oraz sceptycyzm, wyrażany już od początków tejże religii wobec słyszenia głosów. W systemach politeistycznych, gdzie podzielane jest przekonanie o wielości istot nadprzyrodzonych, głosy łatwiej mogą wpasować się w kontekst kulturowy. Stąd też słyszący głosy anachoreci – Ojcowie Pustyni, najczęściej przypisywali im charakter demoniczny, gdyż i bogowie pogan w zasadzie byli demonami. Jak pisze Despina Iosif, historyk starożytny z Hellenic Open University: „współcześnie, nasza cywilizacja zachodnia nie tak łatwo zidentyfikowałaby zachowania antyspołeczne, chorobę psychiczną czy dziwnego rodzaju schorzenie, jako symptomy opętania demonicznego, jak często bywało w czasach późnej starożytności" (Iosif, 2011, s. 323). Jednakże, co należy podkreślić, już w starożytności słyszenie głosów było zjawiskiem dosyć niekorzystnym i patologicznym, stąd też wielokrotnie związane było z przekroczeniem kulturowej granicy szaleństwa.

Uwzględnianie wymiaru duchowego otaczającego świata może stanowić ważny aspekt codziennego funkcjonowania współczesnego człowieka. Wystarczy przywołać obowiązek kilkukrotnego składania w ciągu dnia ofiar *natom*, czyli duchom miejsca w Birmie, czy też codzienne, wysoce ceremonialne umieszczanie ofiar dla duchów *phi* – opiekuńczych duchów domostw w Tajlandii. Wagę rzeczywistości duchowej dostrzega wiele tradycji kulturowych, które charakteryzuje animizm, czyli, według klasycznej definicji Edwarda B. Tylora, wiara w dusze lub duchy, zamieszkujące świat (Stringer, 1999). W wierzeniach o charakterze animistycznym, postulat istnienia immanentnej rzeczywistości duchowej jest jednym z fundamentalnych twierdzeń religijnych. Odnajdujemy go przede wszystkim w trady-

cjach religii plemiennych, jak również np. w Shinto czy neopoganizmie. Tego rodzaju systemy religijne wydają się afirmować starożytną zasadę przypisywaną przez Diogenesa Laertiosa Heraklitowi „wszystkie rzeczy są pełne dusz (*psychai*) i boskich duchów (*daimones*)" (Jackson Knight, 1958, s. 219). W ten oto sposób świat zostaje wypełniony nadprzyrodzonością, z którą można wejść w kontakt. Według Grahama Harveya animizm nie tylko afirmuje pluralizm w świecie duchów, ale również kształtuje kulturowy postulat współpracy z nimi, jako, że są esencjalną częścią świata (Harvey, 2005). W obrębie tego rodzaju systemów kulturowych kontakt z duchami jest wręcz pożądany, stąd też podobny symptom (głosy), chociaż podobnie zinterpretowany (duchy) o wiele częściej może być waloryzowany w inny sposób niż w kulturach, w których granica pomiędzy tym co nadprzyrodzone, a tym co ludzkie, jest znacznie ostrzej zarysowana. Stąd też osoba słysząca głos lokalnego ducha lasu (lub, biorąc pod uwagę stopień industrializacji współczesnej cywilizacji zachodniej, lokalnego parku) może z większym powodzeniem odnaleźć się w takim kontekście kulturowym. Ponadto w społecznościach tego typu bardzo często napotykamy religijnych specjalistów, których z braku lepszego terminu można określić zbiorczo mianem „szamanów", osoby używające różnych technik zmienionych stanów świadomości (ASC) w celu nawiązania kontaktu z duchami (Porterfield, 1987). W ten oto sposób osoba, która słyszy głosy może stanowić „naturalny" materiał na takiego religijnego specjalistę, jednakże pod warunkiem, że charakter owych głosów oraz sposób funkcjonowania tej osoby mieści się w granicach zakreślonych przez dany kulturowy systemie odniesienia. Często takim czynnikiem decydującym o akceptacji danej osoby i jej zachowania, jest kontrola (bądź kulturowo postulowana kontrola, a niekoniecznie faktyczna) nad wizjami (Demetrio, 1978, s. 72). Trzeba jeszcze

dodać, że „dziwny” sposób bycia, który może kontrastować z codziennym zachowaniem innych ludzi, może również ulec interpretacji – „ekscentryczne” zachowanie (takie jak np. łamanie kulturowego tabu) może w niektórych przypadkach być włączane do systemu kulturowego (por. artykuł Klaudyny Kopały o szalonych joginach w niniejszej książce). Dodatkowo taka osoba nie tylko nie jest postrzegana jako zaburzona, lecz sama może być uznana za profesjonalnego terapeutę. Widzimy zatem, że kultura istotnie wpływa na to, co może mieścić się w granicach normy, co jest od niej tolerowanym „odstępstwem”, a co jest uznawane za patologię.

Wyobraźmy sobie człowieka, statystycznego mieszkańca wielkiego, europejskiego miasta, zatrudnionego w korporacji, któremu od kilku miesięcy, nieprzerwanie, codziennie w godzinach pracy ukazuje się duch zmarłej przed laty babci. Pracownicy biura, zaniepokojeni faktem, że ich kolega rozmawia z niewidoczną dla nich osobą, sugerują mu wizytę u specjalisty. W tym momencie następuje przekroczenie granicy szaleństwa, które w kulturze zachodniej odbywa się w zaciszu gabinetu lekarskiego, a dokładniej w momencie kiedy psychiatra wpisuje na karcie pacjenta odpowiedni kod klasyfikacji ICD-10. Jeżeli zaś wspomniana korporacja funkcjonowałaby zgodnie z normami kultur tradycyjnych czy też plemiennych, to ów człowiek zyskałby sobie szacunek i poważanie współpracowników, jako kontaktujący się ze światem nadprzyrodzonym „wybraniec”, co mogłoby przyczynić się do jego awansu zawodowego – uzyskałby rekomendacje na stanowisko zakładowego szamana. Przytoczony przykład pokazuje, że granice pomiędzy ustalanymi przez współczesną naukę kryteriami normy i patologii są, jeżeli wziąć pod uwagę czynnik kulturowy, niezwykle trudne do zarysowania.

## ZABURZENIA TRANSOWE I OPĘTANIE (F44.3)

Klasyfikacja ICD-10 wyróżnia spośród zaburzeń dysocjacyjnych (F44) specyficzną subkategorię F.44.3, „zaburzenia transowe i opętanie". Kryteria diagnostyczne obejmują spełnienie ogólnej symptomatologii zaburzeń dysocjacyjnych, oraz objawy specyficzne: w przypadku zaburzeń transowych utrata tożsamości osobowej, obniżona reakcja na bodźce zewnętrzne bądź selektywna koncentracja na jednym specyficznym bodźcu i ograniczenie zdolności motorycznych do powtarzalnych czynności oraz przekonanie o przejęciu kontroli nad jednostką przez ducha, siłę, bóstwa lub inną postać w przypadku opętania (During, Elahi, Taieb, Moro, & Baubet, 2011, s. 237). Zwraca się uwagę na to, że powyższe objawy nie powinny współwystępować z schizofrenią i podobnymi zaburzeniami (F20-29) oraz zaburzeniami afektywnymi (F30-39) aby można dokonać diagnozy F44.3. Istnieją różne rodzaje terapii zaburzenia, począwszy od psychoterapii i farmakoterapii, aż do metod kulturowych: medycyny tradycyjnej, rytuałów religijnych czy egzorcyzmów. W religioznawstwie do opisu zjawiska zawładnięcia przez siły nadprzyrodzone ciałem człowieka czasami stosowana jest kategoria „posesji/owładnięcia przez ducha" (*spirit possession*), który z uwagi na jego ponadkonfesyjny charakter może być bardziej adekwatny, niż powszechnie występujący w polskojęzycznej literaturze termin „opętanie" (Bohuszewicz, 2012, s. 125). Stosowanie terminu „posesja" może być uzasadnione właśnie z powyższego powodu, jednakże angielskie słowo *possession*, tłumaczy się jako „opętanie" czy „zawładnięcie" w tym kontekście, stąd też sprawa nie jest aż tak kontrowersyjna pod względem translacyjnym. Powoływanie do życia neologizmu „posesja" dla odróżnienia od zjawiska opętania w dominującej w Polsce tradycji chrześcijańskiej, pomimo zasadnego umotywowania, nie wydaje się aż tak konieczne. Każdorazowo można odno-

towywać, czy piszący ma na myśli opętanie demoniczne w katolicyzmie, opętanie przez duchy lub bóstwa w innych tradycjach religijnych. W kulturze chrześcijańskiej opętanie jest z definicji zjawiskiem negatywnym i doprecyzowywane jest przy pomocy przymiotnika „demoniczne". W katolicyzmie oraz praktycznie we wszystkich wyznaniach chrześcijańskich powszechna jest wiara w istotę o złowrogim charakterze, diabła czy też złego ducha, która chociaż nie była zła z natury, gdyż *Diabolus enim et alii daemones a Deo quidem natura creati sunt boni, sed ipsi per se facti sunt mali* – Diabeł i pozostałe demony zostały stworzone przez Boga jako dobre z natury, ale same uczyniły się złymi (zob. Murdoch, 2003, s. 20), to obecnie uznawana za istotę złą, adwersarza Boga, a także przeciwnika ludzi, którzy sami zostali stworzeni *ad imago Dei*. Owa zła istota może, aby zaszkodzić człowiekowi, przejąć kontrolę nad jego ciałem. Symptomatologia opętania demonicznego według Kościoła katolickiego obejmuje w zasadzie spektrum objawów przedstawionych w kategorii F44.3 ICD-10 oraz dodatkowo specyficznie religijne znaki opętania jak np. zdolności nadprzyrodzone (telepatia, prekognicja, nadnaturalna siła etc.) czy niechęć wobec symboli religijnych (oczywiście opętany drży przed krzyżem, a nie np. buddyjskim kołem dharmy).

Kościół katolicki wyraźnie rozgranicza opętanie od choroby psychicznej: „Czymś zupełnie innym jest choroba, zwłaszcza psychiczna, której leczenie wymaga wiedzy medycznej. Przed podjęciem egzorcyzmów należy więc upewnić się, że istotnie chodzi o obecność Złego, a nie o chorobę" (*Katechizm Kościoła Katolickiego*, 1994, 1673). Praktyką terapeutyczną stosowaną w przypadku zdiagnozowania opętania demonicznego jest egzorcyzm, czyli rytuał, w którym „Kościół publicznie i na mocy swojej władzy prosi w imię Jezusa Chrystusa, by jakaś osoba lub przedmiot były strzeżone od napaści Złego i wolne od jego pa-

nowania" (*Katechizm Kościoła Katolickiego*, 1994, 1673), za pośrednictwem upoważnionego przez biskupa kapłana – prezbitera (tzw. egzorcyzmy wielkie lub uroczyste). Pomimo tego, że psychiatria i konfesja katolicka w różny sposób postrzegają opętanie, to jednakże w opisie odnajdujemy więcej podobieństw niż różnic – opętanie jest zjawiskiem negatywnym, a sama osoba opętana wymaga specjalistycznej pomocy. Dlatego też zdarza się, że psychiatrzy wzywają egzorcystę do przypadków opętania, a czasem nawet ramię w ramię z egzorcystami walczą z siłami zła. Jednakże już autorzy klasyfikacji DSM-4-TR zauważyli pewien istotny niuans, a mianowicie zwrócili uwagę na fakt, że opętanie jest zjawiskiem zróżnicowanym, które w niektórych kulturach nie jest uznawane za patologię, stąd też w kryteriach diagnostycznych pojawiły się uwagi, stanowiące być może warunki *sine qua non* diagnozy: „trans lub opętanie nie jest uznawane za normalną część praktyk kulturowych czy religijnych" oraz „trans lub opętanie powoduje klinicznie znaczące dolegliwości lub dysfunkcję w społecznym, zawodowym lub innym obszarze funkcjonowania jednostki" (During *et al*., 2011, s. 237). Co więcej, w DSM-5 nie ma już mowy o opętaniu jako o samodzielnej jednostce chorobowej (warto wspomnieć, że artykuł Anny Przebindy w niniejszej książce dotyczący opętania pisany był zanim ukazała się klasyfikacja DSM-5, jednakże jest aktualny w kontekście klasyfikacji ICD-10). Opętanie traktowane jest bardziej jako jeden z symptomów zaburzeń dysocjacyjnych, a mianowicie dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości (Saville-Smith, 2013).

W niektórych tradycjach religijnych opętanie stanowi część akceptowalnych praktyk kulturowych. W związku z tym decyzja autorów pracujących nad DSM 5 może być postrzegana jako odejście od etnocentrycznego postrzegania zachowań nienormatywnych, pojawiających się w kontekście kultury zachodniej.

Spróbujmy unaocznić, co mogło nakłonić kolegium uznanych specjalistów do podjęcia takiej decyzji.

W Korei jedną z współcześnie wyznawanych religii jest *mugyo* (muizm), którym to terminem określa się zbiór tradycyjnych, koreańskich wierzeń o charakterze szamanistycznym, animistycznym i politeistycznym (Kim, 2003). Koreańczycy łączą elementy muizmu z buddyzmem, a synkretyzm wierzeń i praktyk jest zjawiskiem występującym na porządku dziennym (Hogarth, 2002). Kluczowymi funkcjonariuszami w tym systemie religijnym są szamani (a najczęściej szamanki) – *mudang*. Ich rolą jest komunikacja ze światem duchów, również za pośrednictwem rytuałów *kut*, w których występuje opętanie szamanki przez ducha lub bóstwo: „koreański *kut* jest jednym z najbardziej czytelnych przykładów bezpośredniej interakcji pomiędzy bóstwami a ludźmi" (Sered, 1994, s. 167). Rytuał zwykle odbywa się w domu, dla całej rodziny, która go zamieszkuje, oraz gości. Na początku składane są ofiary, zanoszone są modły do bóstw i duchów. Kulminacyjnym momentem rytuału jest wprowadzenie się *mudang* w trans, czemu towarzyszy muzyka i taniec. W trakcie transu bóstwo zstępuje w ciało szamanki i za jej pośrednictwem błogosławi zebranych. Ważny jest tutaj aspekt wolicjonalności oraz kontroli: szamanki same zapraszają bóstwa, aby wzięły we władanie ich ciało, toteż, jak pisze Simon Mills, niekoniecznie jest to opętanie *sensu stricte* (Mills, 2007, s. 29). Przykładem istoty, która może wziąć w posiadanie ciało szamanki są *changun*, duchy wojowników-generałów. Szamanki opętane przez tego rodzaju duchy często zachowują się w sposób, uznawany w kulturze koreańskiej za „męski". Mogą zmieniać również swoje zwyczaje np. palą papierosy, chociaż nie są palaczkami. Ponadto w trakcie rytuałów prezentują niezwykłe zdolności – chodzą po ostrych nożach *chaktu*, nie odnosząc ran i nie czując bólu (zob. film "Korean

Shaman - Possession by the Spirit of Changun"[1]). Symptomatologia uderzająco przypomina trans i opętanie opisywane w kulturze zachodniej, z tym, że występujące w znacząco odmiennym kontekście kulturowym. Jeżeli wziąć pod uwagę kulturowy aksjomat chrześcijaństwa, opisane zjawisko z pewnością zostałoby zaklasyfikowane jako patologiczne. A co na ten temat miałaby do powiedzenia psychiatria? Rytuały wykonywane przez *mudang*, są, jak wspomnieliśmy, poddane kontroli, szamanka zachowuje kontrole nad stanem opętania, i – co być może jest bardziej znaczące – owe rytuały mają istotne znaczenie społeczne, wręcz odpowiadają swoistemu zapotrzebowaniu społecznemu. Szamanki zapraszają dobre duchy, które mają opiekować się rodzinami, udzielają błogosławieństw, a także wypędzają złe moce właśnie przy pomocy rytuałów opętania. W ten oto sposób opętany sam staje się egzorcystą, „pacjent" zostaje lekarzem, a „patologia" jest uznaną kulturowo normą.

O tym, jak istotny jest kontekst kulturowy, jeżeli chodzi o ocenę i analizę zjawisk transu i opętania można przekonać się czytając artykuł Joanny Warzybok w niniejszej książce, dotyczący zjawiska spoczynku w Duchu Świętym. Dzięki praktykom modlitewnym uczestnicy nabożeństw np. w grupach Odnowy w Duchu Świętym mogą uzyskać tzw. charyzmaty, czy też dary Ducha Świętego, na przykład dar proroctwa czy uzdrawiania. Można zatem wyobrazić sobie, że koreańska szamanka, nie mając wcześniej do czynienia z kulturą zachodnią, będąca świadkiem jednej z ceremonii ruchu charyzmatycznego, mogłaby solidaryzować się z modlącymi i wraz z nimi prosić, aby lokalnie wyznawany duch (Święty) wypełnił również i jej ciało. Oczywiście chrześcijanie wyraźnie rozgraniczają opętanie typu demonicznego od natchnienia przez Ducha Świętego, a herezją byłoby dla

[1] http://www.youtube.com/watch?v=SRlUy2dyBQA

nich zestawianie tych dwóch stanów ze sobą. Widzimy znowu, że kontekst jest bardzo istotny i nie można oceniać zjawiska transu i opętania bez jego uwzględnienia, a także dokonywać diagnozy jedynie na podstawie symptomatologii. Są jednakże pewne podobieństwa, zauważane w różnych kulturach świata, a mianowicie w kwestii rezultatów opętania – „dobre" opętanie, to opętanie chciane, poddane kontroli, niezagrażające, akceptowalne kulturowo, natomiast „złe" opętanie jest częściej wymuszone, zaburzające, upośledzające jednostkę. Chociaż i „złe" opętanie może mieć swoje znaczenie i funkcje kulturowe. W krajach Afryki Północnej i na Bliskim Wschodzie występuje zjawisko opętania przez złe duchy, które koniecznie należy egzorcyzmować przy pomocy rytuału zwanego *zar* (Kenyon, 2007). Znamiona opętania przypominają znane już nam z zachodniego kręgu symptomy, ważne jest, że opętanie przez duchy jest postrzegane jako niekorzystne, zagrażające życiu i zdrowiu jednostki, jednakże – co uwzględniono w DSM 4 – nie jest do końca patologią, gdyż opętanie oraz rytuały egzorcyzmów mają istotne znaczenie dla danej społeczności. Rytuały *zar* mogą mieć funkcję „integracji zaburzonej jednostki z powrotem do społeczności, przywracania równowagi i harmonii i tłumaczenia uciążliwych momentów w życiu jednostki kulturowym językiem, który łączy jednostkę z większym systemem" (Al-Adawi, Martin, Al-Salmi, & Ghassani, 2001, s. 58). Być może do podobnych wniosków można dojść, kiedy spojrzy się na rytuały egzorcyzmów, wykonywane przez katolickich duchownych. Widzimy zatem, że fenomen opętania nawet i w tej postaci nie jest jednoznacznie patologiczny. W świetle przytoczonych przykładów, decyzja o usunięciu go z listy chorób psychicznych DSM-5, chociaż może być kontrowersyjna, to jednak może być wsparta wieloma argumentami.

## CZY DA SIĘ NAKREŚLIĆ GRANICE?

Odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób oceniać „normalność" i „patologię" zachowań kulturowych jest wiele i każda z nich, podobnie jak opisywane przez nas zjawiska, również zdeterminowana jest kontekstem. Zarysować granice szczególnie trudno jest w przypadku ekstremalnych przejawów życia religijnego, które u jednych wzbudzają podziw i szacunek, a u innych bojaźń i przerażenie. Badania klasyków psychologii religii i religioznawstwa nad doświadczeniami religijnymi praktycznie zawsze prowadzone były z perspektywy dla której kontekst judeochrześcijańskiej kultury zachodu był punktem odniesienia (Szyjewski, 2011). Przejawy życia religijnego, które nie wpasowywały się w nasz model kulturowy wielokrotnie umieszczano w obszarze patologii. Nie sposób oprzeć się wrażeniu, że decyzje te niekiedy miały charakter etnocentryczny i arbitralny. Psychiatria, jako dyscyplina naukowa, ale też jako część naszego dziedzictwa kulturowego, nie uniknęła również tego błędu, polegającego na nieuwzględnianiu kontekstu kulturowego w definiowaniu zaburzeń psychicznych. Niektóre przejawy życia religijnego mogły być uznawane za patologię z tego względu, że nie mieściły się w kulturowym systemie odniesienia. Ekstremalne zjawiska religijne trudno jest zaś umieścić pewnie i jednoznacznie w obszarze „normy" czy „patologii" ze względu właśnie na udział czynnika kulturowego w determinowaniu tychże kategorii (Grzymała-Moszczyńska, 2011, s. 46). Podbudowana licznymi badaniami empirycznymi świadomość faktu, że środowisko kulturowe wpływa na ustalanie norm, pozwoliła na konstruktywną rewizję wielu teorii dotyczących zdrowia psychicznego człowieka. Z jednej strony niektóre zachowania kulturowe przestaje się traktować wyłącznie w kategoriach patologicznych, co pokazaliśmy na przykładzie opętania, z dru-

giej strony zaś uznaje się, że mogą istnieć zaburzenia, które pomimo tego, że z trudnością mieszczą się w kategoryzacji, spełniają kryteria zjawiska określanego przez psychiatrię mianem „patologii". Mowa mianowicie o tzw. „zespołach uwarunkowanych kulturowo", którego terminu używa się dla określenia tych jednostek chorobowych, które są specyficzne dla danej kultury (Miranda & Fraser, 2002). Wśród z nich znajdują się takie zjawiska jak *koro* – lęk przed postępującym zanikaniem penisa występujący w kulturach Dalekiego Wschodu, psychoza *wendigo/witiko* – przekonanie o tym, że osoba pod wpływem czarów zmienia się w żywiącego się ludzkim mięsem potwora, który charakterystyczny jest dla niektórych kultur Indian kanadyjskich, czy występujący wśród Latynosów syndrom *susto* – przekonanie o tym, że pod wpływem silnego stresu dusza opuściła ciało (Berry, Poortinga, Segall, & Dasen, 2002, s. 433). Wprowadzenie pojęcia zespołów uwarunkowanych kulturowo naprowadza nas na trop, w jaki sposób można klasyfikować zjawiska do kategorii chorób psychicznych. Granice szaleństwa są w tym przypadku nie tylko granicami kultury, ale również granicami cierpienia, choć być może prawdziwe jest przysłowie, biorąc pod uwagę wspomniany przez nas przypadek *zar* i jego terapeutyczny wymiar, że cierpienie uszlachetnia. Przynajmniej w niektórych kontekstach.

## LITERATURA

Al-Adawi, S. H., Martin, R. G., Al-Salmi, A., & Ghassani, H. (2001). Zar: Group Distress and Healing. Mental Health, Religion & Culture, 4(1), 47–61.

Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H., & Dasen, P. R. (2002). Cross-Cultural Psychology: Research and Applications. Cambridge: Cambridge University Press.

Biblia Tysiąclecia. Pismo Świete Starego i Nowego Testamentu (2003). Poznań: Pallotinum. Źródło [czerwiec 2013]: http://biblia.deon.pl/

Bohuszewicz, J. (2012). Trans rytualny z perspektywy psychologii ewolucyjnej. Studia Religiologica. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego, 45(2), 125–136.

Demetrio, F. R. (1978). The Shaman as Psychologist. Asian Folklore Studies, 37(1), 57–75.

During, E. H., Elahi, F. M., Taieb, O., Moro, M.-R., & Baubet, T. (2011). A Critical Review of Dissociative Trance and Possession Disorders: Etiological, Diagnostic, Therapeutic, and Nosological Issues. Canadian Journal of Psychiatry, 56(4), 235–242.

Goldner, E. M., Hsu, L., Waraich, P., & Somers, J. M. (2002). Prevalence and Incidence Studies of Schizophrenic Disorders: a Systematic Review of the Literature. Canadian Journal of Psychiatry, 47(9), 833–843.

Grzymała-Moszczyńska, H. (2004). Religia a kultura. Wybrane zagadnienia z kulturowej psychologii religii. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Grzymała-Moszczyńska, H. (2011). Ekstaza czy szaleństwo? Czy można ocenić “normalność” i “patologię” zachowań religijnych? Studia Religiologica. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego, 44, 36–47.

Harvey, G. (2005). Animism. Respecting the Living World. Kent Town: Wakefield Press .

Hogarth, H.-K. K. (2002). Syncretism of Buddhism and Shamanism in Korea. Edison & Seul: Jimoondang International.

Hwang, W.-C., Myers, H. F., Abe-Kim, J., & Ting, J. Y. (2008). A Conceptual Paradigm for Understanding Culture’s Impact on Mental Health: the

Cultural Influences on Mental Health (CIMH) Model. Clinical psychology review, 28(2), 211–27.

Iosif, D. (2011). "I saw Satan fall like lightning from heaven ." Illness as Demon Possession in the World of the First Christian Ascetics and Monks. Mental Health, Religion & Culture, 14(4), 323–340.

Jackson Knight, W. F. (1958). The After-Life in Greek and Roman Antiquity. Folklore, 69(4), 217–236.

Katechizm Kościoła Katolickiego. (1994). Poznań: Pallotinum.

Kenyon, S. M. (2007). "Moveable feast of signs": Gender in Zar in Central Sudan. Material Religion, 3(1), 62–75.

Kim, C. (2003). Korean Shamanism: The Cultural Paradox. Aldershot: Ashgate Publishing Limited.

Korean Shaman - Possession by the Spirit of Changun. Źródło [czerwiec 2013]: http://www.youtube.com/watch?v=SRlUy2dyBQA

Mills, S. (2007). Healing Rhythms. The World of South Korea's East Coast Hereditary Shamans. Aldershot: Ashgate Publishing Limited.

Miranda, A. O., & Fraser, L. D. (2002). Culture-bound Syndromes: Initial Perspectives from Individual Psychology. The Journal of Individual Psychology, 58(4), 422–433.

Murdoch, B. (2003). The Medieval Popular Bible. Expansions of Genesis in the Middle Ages. Cambridge: D. S. Brewer.

Otto, R. (1999). Świętość. Elementy irracjonalne w pojęciu bóstwa i ich stosunek do elementów racjonalnych. Warszawa: Wydawnictwo KR.

Porterfield, A. (1987). Shamanism: A Psychosocial Definition. Journal of the American Academy of Religion, 55(4), 721–739.

Rubin, A., Springer, D. W., & Trawver, K. (2010). Psychosocial Treatment of Schizophrenia. Hoboken: John Wiley.

Saville-Smith, R. (2013). Releasing the Spirits - the Implication of Cultural Accomodation in DSM 5. Manuskrypt. Źródło [czerwiec 2013]: http://www.academia.edu/3126064/Releasing_the_Spirits_-_The_implications_of_cultural_accommodation_in_DSM5

Sered, S. S. (1994). Priestess, Mother, Sacred Sister. Religions Dominated by Women. Oxford: Oxford University Press.

Stringer, M. D. (1999). Rethinking Animism: Thoughts from the Infancy of Our Discipline. The Journal of the Royal Anthropological Institute, 5(4), 541–555.

Szyjewski, A. (2011). Doświadczenie religijne – problemy terminologiczne. Studia Religiologica. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego, (44), 7–33.